Vitalhome Plus

ALLTAGSBEGLEITUNG & ENTLASTUNG

Inhaberin: Nazli Dogan | Dorfwiese 7, 56472 Hahn | IK-№: 460722230
Tel.: 02661 / 9811429 | E-Mail: vitalhome-plus@outlook.de

VOLLMACHT ZUR VERTRETUNG

gegenüber der Krankenkasse / Pflegekasse in Angelegenheiten der Pflegeversicherung

1. ANGABEN ZUM/R VOLLMACHTGEBER/IN (KLIENT/IN)

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (Straße, №): _____

PLZ, Wohnort: _____

Versichertennummer: _____

Krankenkasse / Pflegekasse: _____

2. BEVOLLMÄCHTIGTER / LEISTUNGSERBRINGER

Bevollmächtigtes Unternehmen:
Vitalhome Plus – Alltagsbegleitung & Entlastung
Inhaberin: Nazli Dogan
Dorfwiese 7, 56472 Hahn
IK-№: 460722230 | Tel.: 02661 / 9811429 | E-Mail: vitalhome-plus@outlook.de

3. ERKLÄRUNG & UMFANG DER VOLLMACHT

Hiermit erteile(n) ich / wir der oben genannten bevollmächtigten Person bzw. dem Unternehmen **Vitalhome Plus** die vollinhaltliche Vollmacht, mich / uns in allen Angelegenheiten rund um die Beantragung, Koordination, Durchführung und Abrechnung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen (insbesondere nach § 45b SGB XI) gegenüber der zuständigen Krankenkasse / Pflegekasse zu vertreten.

Diese Vollmacht umfasst insbesondere:

- Die Einreichung und Entgegennahme von Anträgen, Kostenvoranschlägen und Genehmigungen.
- Die Auskunftserteilung, Kommunikation und Einsichtnahme in den Leistungs- und Abrechnungsstatus.
- Die direkte Abrechnung von erbrachten Leistungen nach § 45b SGB XI sowie weiteren Pflegeleistungen mit der Pflegekasse.
- Die Klärung aller damit zusammenhängenden organisatorischen und abrechnungstechnischen Fragen.

Diese Vollmacht gilt ab dem Datum der Unterschrift und behält ihre Gültigkeit bis zu einem schriftlichen Widerruf durch den/die Vollmachtgeber/in.

_____ _____

Ort, Datum | Unterschrift Vollmachtgeber/in (Klient/in)